

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 8 février 1939

PAR

Élie DARET

Né à LIT-ET-MIXE (Landes), le 26 décembre 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. JEANNENEY, professeur	Président.
		WANGERMEZ, professeur	Juges
		LOUBAT, agrégé	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1938-1939. — N° 76

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE LA TROMPE DE FALLOPE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 8 février 1939

PAR

Élie DARET

Né à LIT-ET-MIXE (Landes), le 26 décembre 1912

Examineurs de la Thèse	{	MM. JEANNENEY, professeur	Président.
		WANGERMEZ, professeur	Juges
		LOUBAT, agrégé	
		MASSE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEY, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Anatomie	VH LEMIN	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEUBET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
id.		id.	MASSÉ.
Physiologie	N.	id.	DARGET.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	N.
id.	DELMAS-MARSALET.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DERVILLEE.	Physique médicale	N.
id.	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé).
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Témoignage de notre vive affection et
de notre profonde reconnaissance.

A MA GRAND-MERE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBIRAN

En témoignage de notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de ce travail.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A. MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MASSÉ

Chirurgien des Hôpitaux,

Qui a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer
toute notre reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre gratitude et de notre très profonde admiration.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF
DE LA TROMPE DE FALLOPE

INTRODUCTION

Il semble que les observations d'épithéliomas primitifs de la trompe de Fallope rapportées par les auteurs deviennent de nos jours plus fréquentes.

L'affection n'est sans doute pas plus commune qu'elle ne l'était jadis, et il est plus vraisemblable que l'examen histologique des pièces opératoires, plus couramment pratiqué, a permis d'identifier des cas qui, sans lui, auraient été interprétés de façon différente.

Cependant, cette affection demeure peu fréquente, et on peut évaluer à 400 environ le nombre des cas publiés jusqu'à ce jour.

En ce qui nous concerne, il nous a paru intéressant de reprendre l'étude de cette question et de rapporter le cas observé par M. le Professeur Jeanneney et M. Soubiran en février 1938; ainsi qu'un nouveau cas opéré en octobre 1938 par M. le Professeur agrégé Massé...

Avant de reproduire les observations et d'essayer d'en

dégager de notre mieux les conclusions, nous envisagerons dans notre travail les points suivants :

- 1° Un bref historique de la question.
 - 2° L'étiologie et la pathogénie de l'affection.
 - 3° L'anatomie pathologique des lésions.
 - 4° L'étude clinique de l'affection.
 - 5° L'évolution et le pronostic.
 - 6° Le diagnostic.
 - 7° Le traitement.
-

HISTORIQUE

Le premier cas de tumeur maligne de la trompe est celui de Raymond, en 1847, mais il ne comporte qu'un examen macroscopique. Lee, Kiwtsch, Reigel, Klob, Henning, signalent chacun un cas, mais leur description est incomplète. C'est en 1861 que Rokitansky, le premier, décrit les lésions microscopiques du cancer de la trompe.

Orthmann, en 1888, ayant eu l'occasion d'observer, avec Martin, un cas d'épithélioma primitif, décrit les excroissances papillaires se développant dans la lumière tubaire. C'est le premier travail d'ensemble paru sur la question et montrant bien qu'il s'agit d'épithélioma primitif.

En France, Routier, en 1893; Tuffier, en 1894, publient chacun un cas. En 1895, Max Saenger et Justus Barth (*Krankheiten der Eileiter de Martin*) donnent une étude anatomo-pathologique détaillée des carcinomes. Ils publient 17 cas d'épithéliomas primitifs et quelques cas de tumeurs conjonctives.

Osterlok, en 1896; Bold et Ries, en 1897; Teubner, en 1898, publient chacun un nouveau cas.

Macrez (thèse Paris, 1899) étudie les tumeurs papillaires des trompes. La même année, Duret publie, dans la *Revue de gynécologie* un article sur l'épithélioma primitif de la trompe utérine.

Danel fait dans sa thèse une étude anatomo-pathologique très détaillée des tumeurs malignes primitives.

En 1901, Quénu et Longuet, dans un important travail paru dans la *Revue de chirurgie*, donnent une bibliographie

documentée et font une étude complète de toutes les tumeurs des trompes et rapportent 36 cas d'épithéliomas primitifs.

Dierner et Fonyó (de Budapest) relatent 2 cas en 1902 et en 1903. Péham présente 3 cancers primitifs bilatéraux, que l'on avait pris pour des annexites.

Kehner, en 1909, en rassemble 80 cas. En 1910, Doran publie une statistique de 100 cas, et la même année, dans sa thèse (Montpellier, 1910), Bourrely en rapporte 111 cas. L'année suivante, Anduze Archer (thèse Toulouse, 1911) rapporte 113 cas.

En 1913, Einsle (thèse Munich) rassemble 126 cas, et, l'année suivante, Werner, Lipschitz, Hoermann, Cumston, publient de nouveaux cas.

En 1915, paraissent 4 nouveaux cas : Stassmann, Müller, Lück, Schottlaender.

En 1916 paraissent de nombreuses publications, mais la plus importante est celle de Ruge II, qui publie 4 cas personnels et fait une description générale du carcinome primitif de la trompe.

Moench, en 1918, Schwartz, Rohdenburg, Robinson, Phillips; en 1919, Kouwer, publient chacun une observation de cancer primitif.

En 1920, en plus des 2 cas de Thaler, il faut ajouter ceux de Coulaud, Barris et Albrecht, ce dernier ayant observé le développement du cancer sur une tuberculose tubaire, fait une étude critique sur la coexistence du cancer et de la tuberculose sur le même organe.

En 1921, Olivier et Martin, Bretschneider, publient chacun un cas. Doderlein fait une étude anatomo-pathologique et discute le traitement.

En 1922, Leuret et Leroux publient un cas de cancer primitif bilatéral. A cette publication, il faut ajouter celles de Kalmann, Stanca, Amreich, Hillebrand, Goadrich, Küstner.

En 1923, dans *Gynécologie et Obstétrique*, Guillemin et Morlot présentent un cas personnel et font une étude anatomique très détaillée.

En 1924, la thèse de Biar (Paris) constitue encore actuellement le travail d'ensemble le plus complet et le mieux documenté.

L'auteur ajoute aux 113 cas de la thèse d'Audouze-Archer 92 observations rassemblées au cours de recherches bibliographiques minutieuses et 7 autres recueillies dans le service du Docteur Leuret, portant ainsi à 213 le nombre des cas connus. On y trouve, au surplus, l'historique et les renseignements bibliographiques depuis le cas de Raynaud (1847) jusqu'à 1924.

La même année, il faut signaler également la thèse de Favreau (Paris), inspirée par J.-L. Faure et qui est consacrée à l'étude d'un cas un peu particulier où la tumeur de la trompe a envahi la cavité utérine par l'ostium utérinum.

Par la suite, au cours des années suivantes, les publications de cas isolés deviennent plus nombreuses, et il nous paraît plus intéressant de ne signaler que les principaux travaux.

A l'étranger, en 1927, Erwin Zweifel (*Ergebnisse der chirurgie und orthopädie*) fait paraître une monographie de grande valeur.

En France, en 1928, l'épithélioma primitif de la trompe fait l'objet à Bordeaux de la thèse de Duran, qui rapporte une observation du Professeur Charrier et commente diverses observations provenant, soit de la thèse de Favreau, soit de la littérature médicale française et étrangère.

En 1929, Le Balle et Patay présentent un nouveau cas et rapportent deux observations inédites de Douay (Paris). Ils donnent une bibliographie très complète de la question et font une étude détaillée des lésions constatées et de leur évolution.

Deux auteurs américains, Watkins et W. Holland, signalent chacun un cas en 1930, alors que d'autres cas sont rapportés en 1931 en France par Soubeiran, et à l'étranger par Haselhorst, Speiser, Horton et Rabinovitch.

En 1932, un auteur américain, William Smith, signale un

cas d'épithélioma typique, alors que, dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, Duboucher, Lefranc et Montpellier rapportent un nouveau cas.

Montpellier, Bousquet et Chiapponi publient, en 1933, une observation intéressante, surtout par l'âge peu avancé de la malade.

En 1933 également, Grandclaude et Razemon rapportent dans les *Annales d'anatomie pathologique* un cas nouveau et donnent de la question une étude détaillée en rappelant les opinions des divers auteurs, et notamment celles de Franqué, Fonyo et Amreich au point de vue de l'anatomie microscopique des lésions.

Au cours de la même année, Cornil et Mosinger, dans *Gynécologie et Obstétrique*, apportent deux nouveaux cas et font ensuite une classification histogénétique des épithéliomas tubaires.

Au mois de juillet 1933, Guillemin, après avoir rappelé la monographie de 1923, que nous citons plus haut, apporte un nouveau cas et pose, sans d'ailleurs la résoudre, la délicate question de la pathogénie.

En décembre 1933, Jean Leuret apporte l'observation très intéressante d'une malade atteinte d'épithélioma tubaire bilatéral et de sarcome de la trompe droite ayant donné des métastases.

A l'étranger, Mac Glinn et Benson Harer, sans apporter d'observations nouvelles, passent en revue les opinions de nombreux auteurs sur les lésions microscopiques, l'étiologie et le pronostic du cancer qui nous occupe.

L'année 1934 voit s'augmenter le nombre des cas connus des 4 cas communiqués par Kahn et Morris. Ces auteurs peuvent évaluer à 270 le total des observations publiées à cette date.

En novembre 1935, Held publie un nouveau cas dans *Gynécologie et Obstétrique*.

En 1936, R. Robinson rapporte trois cas de cancer primitif, et la même année Jean Leuret publie un cas d'épithélioma

simultané de l'utérus et des deux trompes, et en entreprend une étude histologique détaillée.

L'année suivante, ce même auteur rapporte dans la *Gazette médicale de France* un nouveau cas d'épithélioma primitif de l'oviducte, et reprend l'étude de la question.

En 1938, MM. Jeanneney et Soubiran rapportent un nouveau cas dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, et c'est ce cas que nous rapportons dans notre première observation.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Le cancer primitif de la trompe de Fallope est peu fréquent, et pour Le Balle et Patay « une vie entière de chirurgien ou de gynécologue peut s'écouler sans en rencontrer un seul cas ». Cependant, cette rareté est plus apparente que réelle. Elle est due d'abord à un manque d'affinité de l'épithélioma pour la trompe, et surtout à un défaut d'attention des chirurgiens, qui ne font pas d'examen histologique systématique des trompes extirpées.

Biar évalue à 1,5 p. 100 la proportion d'épithéliomas de la trompe par rapport aux lésions cancéreuses des autres parties de l'appareil génital de la femme.

AGE. — L'âge habituel des malades est compris entre 40 à 60 ans, avec une prédominance entre 40 et 50 ans. Nos deux malades étaient âgées de 60 ans pour la première observation et 53 ans pour la deuxième. Cependant, il s'agit là d'une prédominance et non d'une règle absolue, et plusieurs cas ont été observés au-delà de 60 ans, et un en particulier chez une femme de 70 ans (Novy). Inversement, Biar rapporte le cas d'une malade âgée de 22 ans, et Kahn et Morris ont trouvé un épithélioma chez une femme âgée de 18 ans.

PASSÉ OBSTÉTRICAL. — Bien que Horrock ait fait jouer à la stérilité un rôle prédisposant, il faut bien reconnaître que la plupart des malades présentant des épithéliomas tubaires ont eu des enfants. Chacune de nos deux malades a un enfant. Pour ne citer que les observations récentes, la malade de Guillemain a eu deux enfants; celle de Sydney Smith, trois, et celle de Kahn et Morris, un. De plus, il faut noter que certaines malades ont présenté des avortements (cas de Dann-

reuther, Sydney Smith, Guillemin). Chacune de nos malades a fait une fausse couche.

MENSTRUATION. — On relève dans le passé de certaines malades des troubles de la menstruation. Avant la ménopause, notre malade n° 1 était régulièrement réglée depuis l'âge de 17 ans. Notre malade n° 2 était également régulièrement réglée, mais ses règles étaient peu abondantes et très douloureuses.

MÉNOPAUSE. — Dans les deux tiers des cas, les malades sont encore réglées, et la menstruation ne semble pas fortement influencée par la lésion. Dans un tiers des cas seulement, la ménopause est dépassée. La date est très variable dans les observations que nous avons consultées à ce propos. Elle était survenue depuis 13 ans pour la malade de Dannreuther, 12 pour celle de Held, 7 dans un des cas de Kahn et Morris et pour le cas de Grandclaude, 4 ans pour celle de Sydney Smith. Notre première malade était ménopausée depuis 20 ans et notre deuxième depuis 15 ans (elle avait été ménopausée à 38 ans).

AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES ANTÉRIEURES. — La plupart des malades ont un passé génital chargé, accouchements, avortements, infections chroniques ayant atteint la trompe, lésions des organes voisins. Il y a souvent coexistence ou préexistence des tumeurs des annexes et de l'utérus. Toutes ces affections gynécologiques antérieures constituent des états prédisposants, et à chacune se rattache une hypothèse pathogénique que nous allons étudier.

1° *Lésions inflammatoires chroniques.* — Pour Saenger et Barth, le carcinome tubaire se développe toujours sur un terrain chroniquement enflammé. Pour eux, la salpingite ancienne ne manque jamais, et ils considèrent la gonorrhée ascendante comme éminemment prédisposante, et ils lui font jouer un rôle étiologique capital.

Horrock invoque l'infection microbienne et se base sur le fait que le carcinome tubaire survient généralement chez des

femmes stériles, à l'encontre du cancer du corps et du col utérin. Cependant, Stolz montre que la stérilité n'est pas plus fréquente chez des femmes atteintes d'un cancer tubaire primitif que chez celles qui souffrent d'autres tumeurs des organes génitaux.

Avec lui, Quénu et Longuet s'élèvent contre l'origine inflammatoire unique, sans nier cependant un rôle prédisposant des inflammations tubaires.

« La salpingite, dit Quénu, peut être secondaire à bon nombre de cas. Toute néoplasie à développement papillaire à la surface d'une muqueuse s'infecte et infecte secondairement cette muqueuse. Seules auraient de la valeur les observations dans lesquelles les annexites précéderaient d'un temps très long l'éclosion des dégénérescences épithéliales. »

Si la salpingite jouait un rôle étiologique quelconque dans le cancer de la trompe, il nous semble que celui-ci devrait être d'observation courante, étant donné la fréquence extrême de la blennorrhagie tubaire. Il ne s'agit là que d'une coïncidence banale, et on ne retrouve aucune trace de salpingite chez nos deux malades, mais chacune avait fait cependant une fausse couche.

D'ailleurs, l'infection tubaire antérieure est loin d'être signalée de façon constante dans les observations publiées. L'infection aiguë ou subaiguë est plus fréquente, et il est difficile de la considérer autrement que comme un épiphénomène. Tout au plus pourrait-on accorder aux infections chroniques antérieures un rôle de facteur favorisant.

Von Franqué a publié deux observations de cancer tubaire développé sur une tuberculose des trompes. Pour lui, la tuberculose des organes génitaux de la femme crée une prédisposition au cancer de ces mêmes organes, comparables aux cancers cutanés développés sur les fistules tuberculeuses. Cependant, Ruge, Moench, émettent des doutes sur cette hypothèse.

Encore là il semble que l'on peut penser, avec Lecène, « qu'une lésion inflammatoire chronique préalable est capa-

ble de faire ici, comme bien souvent en d'autres points de l'organisme, le « lit du cancer ».

2° *Tumeurs bénignes de la trompe.* — Doran et Fearné pensent que l'épithélioma tubaire provient de la dégénérescence maligne des papillomes bénins, que l'on rencontre souvent dans les inflammations chroniques de la trompe. Ce fait était nié en 1909 par Lecène, qui disait la transformation « indémontrable ». En 1929, Le Balle et Patay démontrent, en suivant l'évolution de la lésion, le passage de l'adénome au carcinome : « Du repli de la muqueuse tubaire normale, nous passons au papillome. Ici, la prolifération épithéliale, due à une active karyokinèse normale, tend à serrer côte à côte les cellules épithéliales. Le passage à un deuxième stade, c'est-à-dire l'épithélioma papillaire massif, est reconnaissable à une chromatophilie plus intense. Ici, sur un substratum conjonctif, se stratifient un grand nombre de cellules. Enfin, le stade final de l'adéno-carcinome semble résulter du second par une nécrose de tous les éléments. Les lumières pseudo-glandulaires sont en effet remplies de cellules épithéliales dégénérées. Là, les monstruosité cellulaires et les karyokinèses atypiques désorientées indiquent bien la phase ultime de la prolifération épithéliale locale. Nous apportons donc aujourd'hui la preuve histologique indiscutable, du fait que l'épithélioma primitif de la trompe provient de la transformation d'un papillome intratubaire. »

Dans notre première observation, notre malade avait présenté une tumeur bénigne de la trompe droite, et, deux ans plus tard, un épithélioma végétant de la trompe gauche.

3° *Tumeurs de l'utérus et des ovaires.* — Dans un certain nombre de cas, avec l'épithélioma tubaire, il y a coexistence ou précession d'un fibrome utérin ou d'un kyste de l'ovaire. Dans sa thèse sur l'*Epithélium de la trompe de Fallope chez la femme* (Nancy, 1900), Voinot dit que, du fait de l'existence d'un fibromyome, d'un kyste de l'ovaire mucoïde ou dermoïde, il y a excitation de la vitalité de l'épithélium

tubaire. Biar, dans sa thèse, pense que cette excitation est une prédisposition à la prolifération épithéliale maligne.

Se basant sur la fréquence relative des lésions associées du tractus génital, Jean Leuret, en 1937, émet l'hypothèse d'une « épithéliomatose multiple diffuse des divers éléments du tractus génital ». D'après lui, il s'agirait de réponses locales multiples et simultanées à un facteur de cancérisation d'ordre général. Suivant leur état local, les éléments du tractus génital répondraient à leur façon à cette excitation. Ainsi, la bilatéralité fréquente et simultanée de l'épithélioma tubaire s'expliquerait bien de cette façon. De même, l'intégrité de la paroi tubaire, le caractère superficiel des productions tumorales dans certains cas de cancer utéro-tubaire évoque bien la notion de réponse diffuse, éclatant au niveau des zones les plus fertiles de l'épithélium génital.

La diversité même des lésions rencontrées sur le tractus génital est loin d'être un obstacle à cette explication; que l'on trouve à la fois un adénome dans une trompe, un épithélioma dans l'autre, des lésions kystiques ou végétantes dans les ovaires, ne démontre pas qu'une action mitogénétique commune n'ait pas atteint tout le tractus. Cela prouverait seulement que les possibilités locales étaient différentes dans les divers segments du tractus génital et que, de ce fait, les réponses se trouvent assez différentes. Cette façon de voir établit un lien assez étroit entre lésions bénignes et malignes, lien peut-être plus juste que la notion de simple dégénérescence.

Quant à la nature de cette excitation, nous en sommes réduits aux hypothèses.

Jean Leuret pense que le rôle probable des facteurs endocriniens mérite d'être évoqué.

« A l'état normal, dit-il, nous voyons les divers éléments du tractus génital subir des modifications différentes, mais interdépendantes sous l'influence des facteurs hormonaux. On peut penser que, sous l'action de causes locales ou générales, à une action endocrinienne déviée correspond une activité mitogénétique déviée également. Rappelons que Guyer

et Claus (1933) ont trouvé dans un cas de carcinome utérin des modifications de l'hypophyse voisines de celles qu'on observe dans la grossesse. Zondeck a montré la richesse du prolan A de l'urine des cancéreux, et ceci surtout dans les cancers génitaux de la femme. Dans un ordre d'idées voisin, les travaux de Lathroy et Loeb (1916), les expériences de Murray, celles de Lacassagne, ont montré le rôle favorisant de la folliculine dans la genèse du cancer mammaire. »

Bien qu'il soit actuellement impossible de préciser ces faits en matière de cancer tubaire, il nous a paru intéressant de signaler, en passant, cette hypothèse pathogénique.

4° D'autres auteurs, enfin, comme Péham, Leuret et Leroux, Horan et Roberts, pensent qu'il s'agit d'une formation développée aux dépens des canaux de Muller et apportent comme argument à l'appui de leur hypothèse le fait que l'épithélioma de la trompe ressemble par sa structure aux cancers wolffiens de l'ovaire. D'après Masson, en effet, « rien, à part leur siège, ne permet de distinguer les épithéliomas de l'oviducte des cancers wolffiens de l'ovaire ».

L'histologie semble impuissante à démontrer l'origine wolffienne de ces tumeurs tubaires. Néanmoins, le diagnostic histogénétique est plausible où la tumeur s'est développée dans la paroi tubaire, un cancer ovarien primitif n'ayant pu être décelé.

Par ailleurs, on a pu déceler des dysembryoplasies wolffiennes dans la paroi tubaire. Cornil et Mosinger ont pu observer une tumeur wolffienne bénigne de la paroi d'une trompe de Fallope. Il s'agissait d'une formation microkystique à kystes allongés analogues à ceux qui constituent le *rete ovarii* et séparés par du tissu conjonctivo-musculaire. Dans ces kystes remplis par endroits par un produit de sécrétion éosinophile, font saillie, en maints endroits, des végétations papillaires épaisses. En conséquence, Cornil et Mosinger admettent l'existence d'épithéliomas tubaires développés aux dépens de dysembryoplasies wolffiennes à la fois hétérotopiques et vestigiales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les épithéliomas sont de beaucoup les tumeurs les plus fréquentes au niveau de la trompe. Macroscopiquement, ils ont une grande ressemblance avec les sarcomes, comme l'a montré Zweifel, mais les sarcomes sont extrêmement rares.

1° *Le côté atteint* avec prédilection semble être le côté droit. Quénu, sur 36 cas, en note 28 à droite, alors que les 8 cas restant sont bilatéraux. Cette proportion se retrouve dans toutes les séries un peu importantes. Biar donne 36 p. 100 comme proportion de *bilatéralité*, et pour lui les cas unilatéraux sont aussi bien gauches que droits. Chez notre première malade, la lésion était bilatérale, d'abord à droite, puis à gauche; chez notre deuxième, la lésion était à droite.

2° *Aspect des lésions*. — Il est variable, suivant le moment de l'évolution où est pratiquée l'intervention chirurgicale. Il semble bien que, d'une façon schématique, qui répond à la majorité des cas, la lésion passe par deux stades successifs.

a) *Stade intratubaire*, où le néoplasme né de la muqueuse présente une efflorescence uniquement intratubaire. La durée moyenne semble être six à huit mois, autant que l'on peut en juger.

b) *Stade d'évolution extratubaire*, où le néoplasme diffuse et envahit par propagation ou greffe les organes voisins.

L'importance chirurgicale de cette division ne saurait échapper, puisque le stade intratubaire présente seul les conditions les meilleures d'opérabilité locale.

Nous allons étudier successivement ces deux stades, en joi-

gnant la description histologique et la classification histogénétique de Cornil et Mosinger à l'étude du stade intratubaire.

I. — *L'épithélioma de la trompe au stade intratubaire.*

L'épithélioma primitif de la trompe se développe en général au niveau du segment ampullaire de la trompe. Le segment interstitiel semble rebelle, et même, dans des tumeurs très évoluées, il reste intact. Moulouguet, cependant, rapporte les documents concernant un cancer très atypique siégeant au niveau du segment interstitiel.

Aspect macroscopique.

1° *La trompe malade* varie du volume d'une grosse noix à celui d'une aubergine, d'une poire. Elle est lisse, tendue, rénitente au palper. Grandclaude et Razemon ont décrit, suivant la forme, le type « en cornue » et le type « en boudin ». L'orifice abdominal est fermé, les franges du pavillon sont agglutinées, méconnaissables, fermant en totalité l'orifice. Cette fermeture est la condition anatomique essentielle du stade intratubaire. Elle apparaît comme quasi constante, puisque dans 7 cas seulement l'ostium était ouvert, alors que le néoplasme était encore bien limité dans les 213 cas publiés par Biar.

L'orifice utérin est ouvert. Cette perméabilité, qui est très fréquente, est à la base même d'un symptôme fréquent, et de valeur, l'existence d'un écoulement vaginal transutérin d'origine tubaire.

2° *A l'ouverture de la trompe distendue*, des masses végétales considérables se trouvent libérées. Elles forment des tumeurs en chou-fleur, dont le volume peut paraître inimaginable par rapport à celui de la trompe qui les contenait. La trompe contient également une quantité variable de liquide qui peut être séro-hématique grumeleux ou même franchement purulent. Souvent, ce liquide est très fétide.

L'implantation de la masse végétante peut être localisée et

répondre à une surface d'un centimètre carré ou plus. Mais en général les végétations paraissent provenir d'une prolifération diffuse de la muqueuse de toute la portion ampullaire, qui donne naissance à de nombreuses proliférations pédiculées.

Tantôt ces végétations sont fines, très divisées, et réalisent ce qu'on est convenu d'appeler le *type papillaire*. Tantôt plus épaisses, blanchâtres, parfois libérées de toute attache, les masses végétantes, mollasses, nécrotiques par place, forment une masse plus ou moins homogène à l'œil nu. Cet aspect répond à ce qu'on appelle le *type encéphaloïde*. Enfin il faut signaler également un *type squirrheux*, dont nous parlerons plus loin.

Aspect histologique.

Le diagnostic de malignité de la tumeur est parfois difficile à poser, car la tumeur est habituellement assez atypique, et, d'autre part, elle naît d'une muqueuse singulièrement arborescente à l'état normal. Il est souvent nécessaire de faire des examens multiples en divers points d'une même tumeur. Les architectures histologiques sont variables. On peut schématiquement décrire :

a) DES ASPECTS TYPIQUES.

Certaines images, jusqu'à un certain degré de dédifférenciation où l'analogie n'est plus appréciable, rappellent la disposition architecturale de la muqueuse tubaire. Dans ce groupe, on peut isoler deux dispositions principales.

1° *Aspect papillaire*, caractérisé par des végétations fibro-épithéliales plus ou moins semblables aux franges et replis tubaires. Outre le caractère plus végétant, plus arborescent que dans la muqueuse normale, quelques détails indiquent la nature du processus (pluristratification des cellules, modifications morphologiques). Elles s'arrondissent, perdent leurs cils et leurs limites nettes, cependant que leur noyau devient très chromatique.

2° *Aspect papillo-alvéolaire*. Il témoigne d'une prolifération épithéliale plus active, réalisant à la fois une structure végétante et désordonnée et des pseudo-canaux glandulaires. En certains points, la stratification cellulaire peut réaliser des aspects massifs, cependant que la dédifférenciation est très accentuée (cellules hautes, cellules basses et chromatophiles cubiques et même polygonales).

b) DES ASPECTS ATYPIQUES.

1° *Aspect médatypique pavimenteux* : Cette disposition, encore appelée « épidermoïde » par Cornil et Mosinger, se rencontre assez fréquemment (cas de Routier, Orthmann, Amreich), mais dans la plupart des cas signalés, il ne s'agit pas d'un épithélioma pavimenteux pur, mais d'une tumeur où les aspects histologiques sont mixtes : « c'est par places seulement qu'apparaît cette hétéroplasie » (Schröder). Il existe donc, comme le remarque Biar, toutes les formes entre l'épithélioma cylindrique, qui est la forme fondamentale de l'épithélioma tubaire et l'épithélioma épidermoïde, forme fondamentale du cancer vaginal.

2° *Aspect sarcomatoïde* : Il a été signalé par Falk-Lanquemeister et quelques auteurs, mais paraît malgré tout demeurer assez rare. Le plus souvent, la disposition générale est celle d'un carcinome, mais les cellules considérées individuellement rappellent celles d'un sarcome.

3° *Aspects wolffiens* : Suivant la conception de A. Leuret, Roberts et Péham, certains auteurs, comme Cornil et Mosinger, décrivent des épithéliomas dérivés des débris wolffiens intrapariétaux. Nous reverrons plus loin ces divers aspects atypiques.

En résumé, nous pouvons donc insister sur le nombre assez important des aspects différenciés de l'épithélioma tubaire, signaler à nouveau la possibilité de l'existence simultanée de ces variétés en des points voisins d'une même tu-

meur et conclure de ce fait à l'absolue nécessité de pratiquer pour une tumeur donnée des examens multiples, qui seuls permettront d'en reconnaître indubitablement la malignité.

Histogénèse.

Cornil et Mosinger, en 1933, dans *Gynécologie et Obstétrique*, font une classification histogénétique des épithéliomas tubaires, et ils arrivent à distinguer trois variétés de tumeurs tubaires.

A. — EPITHÉLIOMAS ORTHOPLASIQUES.

Il se développe aux dépens de l'épithélium tubaire normal. Il présente deux modes de croissance : l'un vers la lumière tubaire (croissance exophytique); l'autre dans la paroi tubaire (croissance endophytique ou intramurale).

a) Dans le premier mode, la tumeur passe par plusieurs stades réalisant des aspects variables.

1° *Hyperplasie simple*. — L'épithélium perd, en s'hyperplasiant, ses caractères histologiques habituels. Le plus souvent, l'hyperplasie est localisée capricieusement : le sommet, les faces latérales des villosités, le fond de l'espace intervilleux, en sont indifféremment le siège. A ce niveau, l'épithélium tubaire, haut cilié, à limites nettes, se met à proliférer et devient pluri ou multistratifié, le bourgeon formant une excroissance intratubaire.

2° *Aspect papillaire et vilieux ou papillo-alvéolaire*. — Pendant ce deuxième stade, les villosités néoplasiques présentent le même aspect que les plis tubaires normaux. La papille n'est souvent qu'une villosité plus volumineuse. Au stade papillo-alvéolaire, on note la formation de pseudo-tubes épithéliaux. Ce processus se rencontre fréquemment dans la salpingite chronique.

3° *Aspect massif*. — On note alors l'apparition de pseudo-

papilles de plus en plus volumineuses, formées uniquement de cellules épithéliales et qui finissent par se réunir en masses cellulaires diffuses, et il en résulte un aspect encéphaloïde. De plus, à ce stade, on peut reconnaître deux modes évolutifs particuliers au niveau de l'épithélium métaplasie, épidermoïde et sarcomatoïde.

a. *Mode pavimenteux ou épidermoïde*, selon la terminologie de Masson. Les cellules cancéreuses à noyaux ovalaires ou fusiformes, de coloration très variable, prennent alors une forme polyédrique ou allongée s'ordonnant généralement en tracts étirés, dont les cellules périphériques se rangent en palissade.

β. *Mode sarcomatoïde* : Dans ce mode, les cellules épithéliales des parties massives, devenues extrêmement nombreuses, s'arrondissent, le tissu épithélial interstitiel disparaît presque complètement. L'image du pseudo-sarcome se dessine peu à peu.

γ. L'atypie cellulaire peut devenir extraordinaire, défiant toute description, ce sont les carcinomes tubaires polymorphes de certains auteurs (Heil).

δ. On a relevé également des formes giganto-cellulaires. Souvent excessivement nombreuses, ces cellules géantes s'amassent parfois en groupes épais. De forme irrégulière, à protoplasme foncé et à noyaux hyperchromatiques, elles sont de 20 à 30 fois plus volumineuses qu'un érythrocyte et ressemblent à des cellules syncythiales atypiques. D'après Kurtz, ce serait des cellules cancéreuses dégénératives.

b) Le mode endophytique ou intramural est sans doute moins fréquent, et on a même érigé en lois diagnostiques l'intégrité de la séreuse (Novy) et la croissance uniquement exophytique (Schottlaender). Néanmoins, la croissance intramurale n'est pas rare, elle se fait par traînées cellulaires pleines et par tubes glanduliformes. Même dans l'épithélioma primitivement papillaire, on note, à côté des parties papillaires intratubaires, des parties pariétales formées de tubes

et de cordons pleins, serpigineux, qui peuvent s'avancer jusque sous la séreuse.

Souvent, les cellules cancéreuses sont le siège de phénomènes de dégénérescence dont les modes les plus fréquents sont la dégénérescence colloïde et la dégénérescence vacuolaire.

B. — EPITHÉLIOMAS MÉTAPLASIQUES.

Ils se développent sur une métaplasie préexistante. La coexistence d'une adénomyose dans certains cas (Cornil et Mosinger) fait envisager cette hypothèse. Une telle tumeur serait une endométriose cancérisée.

C. — EPITHÉLIOMAS DYSEMBRYOPLASIQUES.

Certains épithéliomas tubaires semblent d'origine dysembryoplasique wolffienne, conception déjà défendue par Péham, Leuret et Leroux, Horan et Roberts, et dont nous avons déjà parlé. Ces épithéliomas se développeraient aux dépens de débris wolffiens, et ils présentent une analogie frappante avec les tumeurs wolffiennes. Cependant, l'histologie semble souvent impuissante à démontrer l'origine wolffienne d'une tumeur tubaire.

Néanmoins, le diagnostic histogénétique est plausible dans les cas où la tumeur s'est développée dans la paroi tubaire, un cancer ovarien primitif n'ayant pu être décelé.

Mais à un certain stade d'évolution de ces tumeurs, le diagnostic histogénétique devient souvent impossible, expliquant ainsi la confusion jusqu'ici régnante dans les descriptions morphologiques publiées. C'est le gros mérite de Cornil et Mosinger d'avoir apporté cet essai de classification dans une question aussi confuse jusque-là.

Stroma-réaction.

Presque tous les auteurs ont insisté sur l'intensité variable de la stroma-réaction dans l'épithélioma tubaire. Le tissu

interstitiel, généralement lâche, est assez abondamment vascularisé. Plus rarement, il est le siège de sclérose cellulaire ou fibrillaire. Dans le premier cas, l'abondance des cellules conjonctives sous-épithéliales donne l'impression d'un tissu sarcomateux surajouté. Dans le second, il s'agit d'une forme squirrheuse exceptionnelle, à tendance envahissante peu marquée.

Le stroma présente, la plupart du temps, une infiltration lymphoplasmocytaire plus ou moins marquée. Outre ces infiltrations inflammatoires, le stroma présente d'autres modifications : la vascularisation est très intense et les néocapillaires d'autant plus nombreux que le tissu de granulation inflammatoire est plus abondant. Cette réaction vasculaire donne lieu très souvent à la formation de foyers hémorragiques émergeant dans la lumière tubaire pour donner lieu à des hémorragies utérines ou abdominales.

Mais, en règle générale, on ne note pas une réaction bien nette du stroma, et beaucoup d'auteurs ne la citent pas dans leurs observations.

II. — *Evolution extratubaire.*

Le fait essentiel, celui qui marque le début de la diffusion du néoplasme, est la rupture de la paroi de la trompe par une véritable ulcération mécanique, lorsque le volume de la masse intratubaire atteint un développement trop considérable.

L'extériorisation des végétations néoplasiques va dominer l'évolution en permettant l'envahissement, tant par la greffe que par la continuité du péritoine et des organes voisins.

Le péritoine du petit bassin est envahi par les bourgeons néoplasiques, qui peuvent être très abondants.

Mais l'ascite n'est pas un témoignage constant de l'atteinte péritonéale, et elle n'est que rarement signalée. Les viscères sous-péritonéaux sont fréquemment envahis plus ou moins rapidement : sigmoïde (obs. I), rectum, vessie, adhé-

rant vite aux masses végétantes du cancer diffusé. Dans un cas de Lecène, l'invasion très localisée de la paroi intestinale aboutit à une fistulisation tubo-sigmoïdienne.

Tels sont les deux stades anatomiques essentiels, successifs et schématiques qui forment, dans ses grandes lignes, l'évolution du cancer tubaire. Deux points méritent encore d'être étudiés, c'est l'envahissement lymphatique d'une part, et les localisations néoplasiques concomitantes des autres éléments du tractus génital, d'autre part.

ENVAHISSEMENT LYMPHATIQUE.

Le cancer de la trompe est essentiellement végétant en surface. L'envahissement lymphatique est un phénomène tardif. Il ne se voit que dans les cas déjà inopérables du fait de la diffusion locale. Dans les cancers tubaires encore bien limités, les récidives sont exceptionnellement ganglionnaires.

En effet, rappelons la systématisation des lymphatiques efférents de la trompe. Le réseau muqueux décrit par Capellani et par Kroemer, conflue avec les lymphatiques de la musculuse, vers le réseau sous-séreux. M. et Mme Pellé ont repris récemment, avec le Professeur Rouvière, l'étude des collecteurs.

La voie principale rejoint par le méso-salpinx les troncs d'origine utérine situés dans le mésométrium; de là, ils longent les vaisseaux utéro-ovariens et se terminent :

— à droite, dans un ou deux ganglions précaves situés près de la bifurcation aortique;

— à gauche, dans un ou deux ganglions latéro-aortiques sous-jacents au pédicule rénal.

Le premier relai de la voie principale est donc lombaire.

Les voies accessoires sont au nombre de deux :

— une voie iliaque externe (50 p. 100 des cas) : les troncs vont de la partie moyenne de la trompe au ganglion supérieur de la chaîne moyenne des ganglions iliaques externes dans l'angle de bifurcation de l'iliaque primitive;

— une voie hypogastrique (15 p. 100 des cas). Le vaisseau

qui la constitue longe l'artère ombilicale et se termine dans un ganglion hypogastrique.

Si nous nous sommes étendu sur ces données anatomiques, c'est qu'elles expliquent en partie que la question ganglionnaire soit d'un intérêt secondaire dans la chirurgie du cancer tubaire.

De sorte que l'on peut résumer ainsi la question ganglionnaire : l'éloignement et l'étendue des premiers relais sont tels que leur exérèse systématique au stade intratubaire aggraverait certainement le pronostic immédiat des interventions, qui, limitées au tractus génital, apparaissent comme suffisantes dans la majorité des cas.

Sans doute, il existe des cas d'envahissement lymphatique précoce, mais ils sont rares. Et, de plus, il semble que lorsqu'une adénopathie accompagne un cancer au stade intratubaire, il s'agit souvent de relais ganglionnaires des voies accessoires plus proches, et dont l'exérèse pourra être tentée avec succès (ganglions pelviens souvent envahis).

LOCALISATIONS NÉOPLASIQUES CONCOMITANTES SUR LES AUTRES SEGMENTS DU TRACTUS GÉNITAL.

Très souvent l'utérus et les ovaires présentent des lésions néoplasiques sur les pièces d'hystérectomie pour cancer de la trompe. Nous allons étudier successivement ces lésions.

CANCER UTÉRIN. — La coexistence d'un cancer de la trompe et d'un cancer utérin est très fréquente, qu'il s'agisse d'un cancer du col ou d'un cancer du corps. Jacobs, Lecène, en ont publié des cas. J.-L. Faure et Douay ont vu un épithélioma de la trompe droite et du canal cervical (thèse Favreau). Offut, en 1932, a tenté de fixer la fréquence de cette coexistence, qui a été notée dans 53 cas sur 1.136 hystérectomies.

Ces localisations sont, par la majorité des auteurs, considérées comme des métastases du cancer tubaire, mais le mécanisme de ces métastases a été discuté.

Métastase par voie sanguine. — C'est l'hypothèse de Lécène pour son cas où un noyau cancéreux siégeait dans l'ovaire du côté opposé et un autre dans l'épaisseur du myomètre cervical. Ruge, cependant, pour un cas identique, préfère admettre la voie lymphatique.

Métastase par voie lymphatique. — Cette hypothèse est admise par Franqué et par Ruge.

Dans ces deux cas, on s'explique bien les métastases dans la paroi utérine, mais moins les cancers utérins uniquement végétants en surface.

Métastase par implantation ou par greffe sur la muqueuse utérine. On l'a admise grâce à la perméabilité de l'ostium utérinum. Grandclaude et Razemon la pensent fréquente. En fait, cette explication paraît assez discutable.

LÉSIONS DES OVAIRES. — Du côté du cancer tubaire, l'ovaire, qui peut être atrophié ou normal, est souvent kystique : pour Zweifel, dans un quart des cas. Ces kystes sont le siège de végétations endokystiques (Douay). Normal ou kystique, l'ovaire est très souvent envahi. Notre deuxième malade avait un kyste de l'ovaire du même côté.

Du côté opposé, si l'envahissement direct n'existe pas, il y a souvent métastase par voie sanguine ou simplement lésion kystique du type banal.

Pour Leuret, ces lésions associées sont une « épithéliomatose multiple diffuse des divers éléments du tractus génital », comme nous l'avons déjà vu.

ETUDE CLINIQUE

En 1901, Quénu et Longuet écrivaient : « Le tableau clinique du cancer de la trompe est jusqu'ici si peu précis que, dans aucun cas le diagnostic n'a pu être porté. »

Dans les 213 cas publiés dans la thèse de Biar (Paris, 1924), le diagnostic n'a été fait que 3 ou 4 fois. La symptomatologie est très difficile à interpréter, car elle est fruste et faite de signes d'emprunt.

Le début est en général insidieux, les accouchements, les avortements ou les salpingites pouvant avoir un rôle révélateur. S'il s'agit de femmes avant la ménopause, le premier signe, inconstant d'ailleurs, peut être une modification des règles. S'il s'agit de femmes après la ménopause, c'est au contraire des pertes séreuses ou jaunâtres, se teintant ensuite de sang. Mais le premier signe est très souvent constitué par de la douleur, qui peut présenter des caractères variables, uni ou bilatérale expansive ou lancinante, sourde et continue. Ce sont là les signes de début les plus fréquents, et ce n'est qu'exceptionnellement que les malades en présentent d'autres, comme les troubles de la miction, la dysménorrhée ou l'altération de l'état général.

Période d'état.

Nous étudierons les symptômes de façon analytique, puis nous verrons comment leur groupement permet de réaliser des aspects cliniques qui n'ont souvent rien de caractéristique.

Symptômes fonctionnels.

1° LEUCORRÉE. — Le Balle et Patay attachent une importance capitale à « l'issue à l'extérieur, par voie transutérine, d'un écoulement vaginal d'origine tubaire ». C'est un écoulement séreux ou gommeux, clair ou transparent au début, teinté de sang, épais et sanieux un peu plus tard. Il se présente d'abord avec un caractère intermittent et une abondance inégale; puis, en quelques mois, il atteint une continuité véritable; désespérante, rebelle au repos et aux antiseptiques. Il n'est pas rare de rencontrer des recrudescences de décharge bien évoquée par les termes d'« *hydrops tubae profluens* », de « *vomique salpingienne* » ou de « *crise salpingienne intermittente* ». C'est une véritable chasse tubaire qui prend une valeur singulière et primordiale.

Pour Le Balle et Patay, « l'hydrops tubae profluens est au cancer de la trompe ce que sont au cancer de l'ampoule rectale les selles glaireuses et sanieuses. Cet écoulement typique est relaté dans 37 cas sur 100 dans la statistique de Doran, mais nous nous rangeons à l'avis de cet auteur lorsqu'il affirme que, dans presque tous les cas, ce signe révélateur a dû exister, mais a échappé à l'observation peu attentive des cliniciens. C'est donc ce signe pathognomonique qu'il faut rechercher et mettre en vedette. Peu nous importe que cet écoulement tubaire traduise l'existence d'un papillome simple ou dégénéré ! C'est le cri d'alarme de la trompe qui nous intéresse, car il peut précéder souvent de longtemps l'incendie brutal des propagations et des métastases viscérales. »

2° DOULEURS. — Elles sont en général précoces. Elles peuvent être minimales, simple pesanteur hypogastrique ou pelvienne. Tantôt elles ont la forme de coliques salpingiennes correspondant à la distension de la trompe par la sécrétion épithéliale, et dans ce cas elles cessent avec le flux de

décharge; tantôt, et alors plus tardivement, elles ont le type de douleur de compression, irradiée aux lombes, à la vessie, au rectum et au sacrum.

3° TROUBLES DE LA MENSTRUATION. — Ils existent assez souvent lorsque le cancer tubaire se manifeste chez une femme encore réglée.

La dysménorrhée et l'aménorrhée ont été signalées dans quelques cas, mais elles semblent bien rares.

Les ménorragies sont parfois assez abondantes pour Bourrély et pour Biar, mais on peut se demander si, dans les cas où elles existent elles ne sont pas dues à un fibrome utérin associé.

Les métrorragies ont été signalées dans quelques cas, mais elles sont rares.

« En règle générale, le cancer de la trompe saigne peu; il y a là une opposition manifeste avec le cancer utérin. » (Le Balle et Patay.)

Signes physiques.

1° TUMEUR. — Elle existe dans la plupart des cas, soit comme tumeur annexielle isolée, soit associée à un fibrome utérin ou à un kyste de l'ovaire. Le plus souvent, elle est pelvienne ou abdomino-pelvienne.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal peut donner dans certains cas quelques renseignements. Le col peut être mobile ou fixe, en position normale ou dévié. Le fond peut être également dévié, soit en avant, si la tumeur siège dans le Douglas; soit bloqué dans le cul-de-sac postérieur.

Au niveau des culs-de-sac latéraux on peut apprécier l'existence de la tumeur, son volume, sa fixité, la sensibilité à la pression, les rapports avec les autres organes. Deux éventualités peuvent se produire, et pour Biar elles seraient d'une égale fréquence.

La trompe peut être libre. Elle présente alors la forme dite « en boudin », cylindre distendu libre. Cette absence d'adhérence est une éventualité chirurgicale favorable au plus haut point.

La trompe peut être fixée par des adhérences inflammatoires. Elle présente assez souvent la forme dite « en corne », qui la fait singulièrement ressembler à un pyosalpinx.

Le *toucher rectal* devra être également pratiqué, car il permettra d'explorer la face postérieure de la tumeur et de sentir si le rectum est envahi.

La *ponction exploratrice* des culs-de-sac est rarement employée. C'est un procédé des plus discutables, et Eckardt la déconseille, « car, dans le cas de collection suppurée, elle pourrait provoquer une péritonite par perforation du pyosalpinx, et, dans le cas de cancer, la migration et l'ensemencement de cellules cancéreuses par le trajet de la ponction ».

2° ADÉNOPATHIES. — Les adénopathies préaortiques sont profondes et inaccessibles à l'examen. Elles peuvent être soupçonnées par l'étude de l'élargissement du cadre duodénal ou le refoulement en avant de l'estomac (Leibovici, Hepp), ainsi que par l'étude des déplacements de l'uretère.

On a pu cependant constater, dans quelques rares cas, une adénopathie inguinale, et, dans deux cas, une adénopathie sus-claviculaire gauche (Duret, Rossinsky).

3° ASCITE. — A une période avancée du cancer de la trompe, on peut voir apparaître l'ascite. Elle a une importance particulière au sujet du diagnostic avec les tumeurs ovariennes. Avec celles-ci, qui forment très vite une masse proliférante, diffuse, pelvienne, puis rapidement envahissante, l'ascite apparaît très tôt, tandis que, dans le cancer de la trompe, où la lésion reste longtemps limitée et localisée, l'ascite apparaît tard ou même n'est pas signalée dans toute cette période où la lésion reste incluse, intratubaire. Ce n'est qu'un signe tardif de généralisation d'envahissement péritonéal.

Signes généraux.

Parfois, l'amaigrissement se manifeste de façon précoce, avant les autres symptômes, mais c'est exceptionnel. Notre deuxième malade, cependant, avait maigri de 30 kilos en un an. Dans la règle générale, l'altération de l'état général se produit plus tardivement et se traduit par la fatigue, la perte des forces, l'amaigrissement allant quelquefois jusqu'à une véritable cachexie.

La fièvre est signalée dans quelques cas, mais chaque fois elle peut être attribuée à une autre cause, et le plus souvent à l'infection secondaire.

Formes cliniques.

A. — FORMES ANNEXIELLES.

1° Dans les cas les plus caractéristiques, l'épithélioma de la trompe se présente de la façon suivante :

Femme de 40 à 50 ans, présentant des pesanteurs pelviennes, avec un écoulement vaginal d'origine tubaire. A l'examen, utérus normal et masses annexielles bilatérales, volumineuses, rénitentes, type « hydrosalpinx ». Evolution apyrétique avec augmentation progressive de volume. Cette forme est assez rare, mais elle existe, et c'est en ce cas que l'on peut sinon faire le diagnostic, tout au moins le soupçonner et en tenir compte pour décider l'intervention.

2° Assez souvent, le cancer tubaire se présente comme une salpingite chronique. Le caractère inflammatoire du processus est atténué, mais net, et le diagnostic porté varie de « pyosalpinx » à « salpingite chronique ».

3° Parfois, le cancer tubaire se présente sous forme d'une infection annexielle aiguë. Fièvre élevée, polynucléose, douleurs, signes de toucher, ont en certains cas fait faire le diagnostic d'annexite aiguë ou même de suppuration pelvienne

d'origine annexielle. Il semble bien que le diagnostic ici soit impossible à porter.

B. — FORMES SIMULANT UNE AFFECTION UTÉRINE.

Il s'agit souvent de trompes tumorales libres à évolution abdominale. La masse tubo-utérine est prise pour un fibrome. Ou bien la trompe n'est pas perçue, et des métrorragies font porter le diagnostic de cancer utérin.

C. — FORMES ASSOCIÉES.

Le cancer tubaire coexiste avec une affection utérine réelle, qui occupe le premier plan. L'erreur est alors plus probable, car un fibrome véritable, un cancer réel du corps, attirent à eux seuls l'attention.

EVOLUTION

L'évolution du cancer tubaire est toujours progressive. La marche des lésions est assez lente au début, ce qui contraste avec la progression rapide du cancer de l'ovaire. La trompe se défend bien et assez longtemps. Dans de nombreux cas (Sanger, Eckart, Doran, Quénu et Longuet), l'oviducte ferme à la lésion toute issue vers l'abdomen, par agglutination des franges de son pavillon, et les sécrétions tumorales s'écoulent à l'extérieur par l'ostium perméable. Une fois franchie cette période d'inclusion de six à dix mois, la progression des lésions devient rapide. L'évolution prend assez rapidement une allure grave.

Localement, le processus s'étend. Les viscères pelviens sont comprimés ou envahis. Des troubles urinaires ont été signalés (Karakoz, Barret, Ruge). On trouve des troubles de compression et d'irritation du côté de l'appareil digestif dans notre première observation. Le rectum et le sigmoïde sont souvent envahis et il peut en résulter une fistule tubo-intestinale, comme le signale Biar dans 2 cas et Lecène (fistule tubo-sigmoïdienne).

L'utérus est d'ordinaire le premier organe envahi, et cet envahissement se traduit par une exagération des symptômes. L'ovaire est souvent atteint par voisinage. Le péritoine envahi peut réagir par une ascite, mais c'est rare et tardif, et il y a là un signe différentiel avec les tumeurs malignes de l'ovaire, où l'ascite est rapide et souvent sanglante.

La généralisation s'accroît rapidement; des douleurs de compression apparaissent, et l'épiploon, l'estomac, le foie (Dierner,) sont envahis à leur tour. Les métastases ganglionnaires achèvent le tableau.

L'état général s'altère rapidement, et amaigrissement, fièvre, cachexie, dominant le tableau clinique.

La durée de l'évolution est difficile à préciser. Alors que dans des cas comme ceux de Savov et d'Eglington, le début paraissait remonter respectivement à 18 et à 13 ans, dans d'autres, l'évolution fut très rapide et d'autant plus que la malade était jeune. On peut affirmer, avec Quénu, l'extrême malignité du cancer tubaire.

Après une phase intratubaire qui peut durer jusqu'à dix mois, l'évolution se précipite en quelques mois vers la mort.

En l'absence d'intervention, la durée moyenne est de deux ans.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'affection est très sombre, en raison de la fréquence des métastases et de la difficulté de poser un diagnostic précoce. L'intervention est bien souvent trop tardive et ne se fait qu'au moment où il n'est plus possible de pratiquer l'exérèse en tissu sain. Les résultats ne sont pas toujours favorables, et ils apparaissent d'autant meilleurs que l'intervention fut plus précoce.

Les récidives sont souvent signalées dans les six premiers mois et siègent au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'épiploon et du foie. Certaines ont été précoces (2 mois), d'autres au contraire plus tardives (2 ans). La durée de survie est très variable. Il y a cependant des cas heureux, et les plus longues survies sont signalées par Wiesinger (13 ans), Zweifel (7 ans), Benthin (5 ans), Biar et Leuret (4 ans). Douay, par des interventions successives, poursuit des métastases pendant cinq ans avant de s'avouer vaincu.

En résumé, les récidives sont à craindre dans un délai de six mois à deux ans, et il semble qu'il n'y a que les survies de plus de trois ans qui permettent de considérer les malades comme guéries.

DIAGNOSTIC

Les erreurs de diagnostic sont presque la règle. Quelques chirurgiens seulement ont fait un diagnostic formel.

Falk, cependant, après examen histologique du liquide recueilli par ponction d'une tumeur accolée au cul-de-sac postérieur, a pu porter le diagnostic d'épithélioma de la trompe.

Zweifel avait enlevé une trompe « en saucisson », qu'on reconnut cancéreuse. Tenant compte de ce fait, dans un second cas il put poser le diagnostic. Cependant, dit-il, « ceci ne se trouve et n'a de valeur que lorsque la trompe est soudée ».

I. — *Eléments de diagnostic.*

AGE. — On doit y songer au voisinage de la ménopause. Ce n'est évidemment pas une règle absolue, puisqu'on a signalé un cas chez une femme âgée de 22 ans (Biar) et un autre chez une femme de 70 ans (Novy).

LEUCORRHÉE ET HÉMORRAGIES. — Il faut éliminer l'origine utérine possible en faisant au besoin un curetage explorateur, suivi d'examen histologique ou une hystérographie. Ce qui importe beaucoup, c'est l'intermittence des écoulements, l'apparition de décharges irrégulières, et ceci est propre à l'oviducte; c'est l'« hydrops tubae profluens », la « vomique salpingienne ».

DOULEURS. — C'est leur accroissement rapide qui doit suggérer la possibilité d'une tumeur maligne.

TUMEUR. — L'accroissement rapide de la tumeur, constaté par des examens successifs, constitue un signe de premier ordre. Dans quelques rares cas, la découverte d'une tumeur

« en saucisson » fixée (Zweifel) sera un bon élément de diagnostic.

En définitive, nous pourrions emprunter pour le diagnostic la formule donnée en 1901 par Quénu et Longuet et modifiée par Le Balle et Patay en 1929 :

« Aux alentours de la ménopause, si l'attention du clinicien est attirée par un écoulement vaginal non purulent, sanglant, du type « hydrops tubae profluens », souvent gommeux, sanieux et rebelle, accompagnant une tumeur annexielle d'évolution apyrétique sans ascite, il doit éliminer par curetage et biopsie tout cancer utérin et penser à l'épithélioma primitif de la trompe. »

II. — *Diagnostic différentiel.*

Nous avons vu que le diagnostic de cancer tubaire n'a été fait que deux ou trois fois. Mais, en règle générale, on intervient en pensant qu'il s'agit d'une affection tout autre : pyosalpinx ou hydrosalpinx le plus souvent. Nous allons passer en revue les diverses affections auxquelles on peut penser en présence d'une symptomatologie semblable à celle de l'épithélioma primitif de la trompe, et nous indiquerons les principaux signes de ces affections.

A. — *Lésions de la trompe.*

a) TUMEURS DE LA TROMPE.

1° TUMEURS BÉNIGNES. — Quelques tumeurs exceptionnelles ne méritent qu'une simple mention : kystes wolffiens, kystes provenant de l'hydatide de Morgagni, kystes hydatiques.

Le fibrome de la trompe se rencontre à tout âge. Cette affection ne se caractérise par aucun signe spécial. Tout se borne à la constatation d'une tumeur annexielle, dont la nature n'est reconnue qu'à l'intervention.

Le papillome de la trompe se rencontre surtout chez les femmes jeunes. Souvent la puerpéralité, la gonococcie, sont retrouvées dans les antécédents. La tumeur se présente cliniquement avec l'aspect d'une salpingite kystique. Le volume est variable suivant le degré de perméabilité des orifices tubaires. Parfois la symptomatologie se complète par la présence de pertes non purulentes, mais qu'il est cependant bien facile de confondre avec un écoulement d'origine utérine.

L'endométriose de la trompe n'est autre qu'un îlot aberrant de muqueuse utérine inclus dans la paroi tubaire, simple cas particulier du « solénome du ventre de la femme ». Le diagnostic clinique est toujours très difficile à affirmer. Certains symptômes peuvent donner l'éveil. En particulier, les douleurs menstruelles qui n'apparaissent que secondairement plusieurs années après la puberté ou même à la préménopause et qui n'atteignent leur paroxysme que tardivement, au cours de chaque cycle, le deuxième ou le troisième jour, contrairement aux douleurs de la dysménorrhée dite essentielle, qui précède l'écoulement sanguin et cèdent parfois dès son début. Une dysménorrhée qui possède ces deux caractères doit faire songer à l'endométriose. Les autres symptômes sont trop vagues et trop banaux en gynécologie pour attirer l'attention.

2° TUMEURS MALIGNES. — Parmi les tumeurs malignes de la trompe, autres que l'épithélioma, il faut signaler le sarcome et le chorio-épithéliome.

Le sarcome est très rare et même exceptionnel.

Le chorio-épithéliome se rencontre chez une femme jeune qui présente habituellement des signes de grossesse tubaire et un certain retard des règles. A l'examen, un abdomen volumineux et une tumeur plus importante que celle de l'épithélioma : « tête d'adulte analogue à une éponge gorgée ». Cette tumeur se développe rapidement. On y songera en présence d'un accroissement considérable d'une tumeur tubaire et en l'absence de tout signe d'hématocèle ou de fœtus vivant.

3° *Tumeurs mixtes et embryomes.* — Dans ce groupe de tumeurs rentrent les embryomes de la trompe. Il s'agit tantôt d'embryomes kystiques (kystes dermoïdes), tantôt d'embryomes solides, comprenant les tumeurs mixtes et les tératomes. En général, elles s'observent chez des femmes ayant dépassé trente ans. Elles présentent la symptomatologie habituelle des tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire, et c'est à ce dernier diagnostic que l'on songe le plus souvent en raison de sa fréquence beaucoup plus grande.

On constate fonctionnellement la présence de douleurs lombaires et de troubles menstruels qui n'ont rien de significatif. A l'examen, on constate que la tumeur salpingienne est latérale, bien séparée de l'utérus, mobile et indolore.

b) LÉSIONS INFLAMMATOIRES.

Le plus souvent, le cancer tubaire se présente comme une salpingite chronique, et le diagnostic porté est « salpingo-ovarite kystique » ou pyosalpinx.

Dans la salpingo-ovarite kystique, il existe une ou plusieurs masses annexielles bien délimitables à la palpation bimanuelle et nettement indépendantes de l'utérus.

Les pyosalpinx, en revanche, adhèrent souvent à l'utérus d'une façon telle qu'on ne trouve pas le sillon de séparation que l'on cherche entre la matrice et les annexes suppurées.

Il faudra tenir compte de l'étiologie de l'affection et de l'âge de la malade. Deux grandes étiologies dominent l'histoire de ces salpingites, d'une part l'infection blennorragique, d'autre part l'infection *post partum* ou *post abortum*.

L'âge habituel des malades atteintes d'épithélioma est de 40 à 60 ans; or, cet âge ne correspond guère à l'âge des salpingites aiguës ou suppurées. Vers la ménopause, ces salpingites anciennes sommeillent. Leurs écoulements ont cessé; leur réveil, la reprise d'activité de leur catarrhe, doivent être considérés comme un mauvais présage. En somme, si on rencontre les signes d'une salpingite kystique peu

douloureuse, mais avec écoulement séro-gommeux persistant, encadrée d'une évolution entièrement apyrétique, l'esprit doit être mis en éveil vers le diagnostic de cancer possible de la trompe.

Enfin, dans les lésions inflammatoires, il faut signaler les annexites tuberculeuses que l'on rencontre principalement chez des jeunes filles. Elles peuvent revêtir, soit la forme ascitique, soit la forme de salpingo-ovarite chronique. Ce qui attirera l'attention, c'est la disproportion entre l'importance objective des lésions et la gravité des phénomènes généraux. On constate, par exemple, des petites masses salpingiennes, peu volumineuses; contrastant avec ces lésions minimes, il existe une fièvre à grandes oscillations atteignant 39 ou 40 degrés et un état général très médiocre. Inversement, on peut trouver un volumineux pyosalpinx tuberculeux sans réaction péritonéale ou générale.

B. — Lésions des organes voisins.

a) OVAIRE.

C'est surtout avec les tumeurs de l'ovaire que se posera le diagnostic différentiel.

1° *Les kystes mucoïdes* peuvent atteindre des dimensions considérables. Les symptômes sont essentiellement physiques. Il existe dans le ventre une tumeur régulière lisse, mobile, indépendante de l'utérus, et ce dernier caractère signe le diagnostic.

2° *Les kystes dermoïdes* se présentent en clinique sous la même apparence que les précédents. Ils sont un peu plus fermes, plus lourds et deviennent moins volumineux.

3° *Les tumeurs végétantes*, qui se présentent cliniquement comme une ascite. Celle-ci est généralement peu abondante. Si on l'évacue ou si on la refoule, on peut percevoir dans le fond du bassin la tumeur, profonde, irrégulière, habituellement bilatérale.

4° *Le fibrome* est une tumeur dure, allant généralement du

volume d'une mandarine à celui d'une tête d'enfant, et qui est en général très mobile. On le découvre par hasard sous forme d'une tumeur abdominale libre, mobile, qui peut tomber parfois dans le pelvis et dont l'évolution est latente. Assez fréquemment, il s'accompagne d'une ascite.

5° *Le cancer de l'ovaire* se présente comme une masse infiltrant tout l'organe, qui augmente rapidement de volume.

b) UTÉRUS.

Assez souvent, le cancer tubaire est pris pour un fibrome de l'utérus, surtout quand celui-ci est dans sa forme pédiculée. Le fibrome ordinaire de l'utérus se présente comme une masse ferme arrondie, faisant corps avec l'utérus et se mobilisant avec lui. Le fibrome pédiculé peut être très difficile à différencier; en effet, il est indépendant de l'utérus et mobile sans lui; en ce cas, il reste la ressource du cathétérisme utérin.

c) LIGAMENT LARGE.

C'est surtout avec les tumeurs solides, et en particulier avec le fibrome, que le diagnostic se posera.

Le fibrome du ligament large se rencontre chez des sujets relativement jeunes. Il donne lieu à des douleurs et à des accidents de compression au niveau de la vessie, du rectum, de l'uretère et des nerfs (douleurs névralgiques à type de sciatique). Le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale fait constater la présence d'une tumeur régulière, dure, bas située, peu mobile, refoulant l'utérus, mais séparée de lui par un sillon.

En somme, les affections pouvant présenter des signes identiques à ceux de l'épithélioma tubaire sont très nombreuses; cependant, presque toujours le diagnostic porté est « pyosalpinx » ou « hydrosalpinx ». L'essentiel est de poser le diagnostic de tumeur annexielle, ce qui entraînera l'intervention, et c'est cette intervention qui établira la nature de la tumeur.

III. — *Moyens complémentaires employés pour le diagnostic différentiel.*

1° *La ponction exploratrice.* — Elle ne s'emploie que rarement de nos jours. Falk, cependant, après examen histologique du liquide recueilli par ponction d'une tumeur accolée au cul-de-sac postérieur, a pu porter le diagnostic d'épithélioma de la trompe. Cependant, Eckardt la déconseille : « Dans le cas de collection suppurée, elle pourrait provoquer une péritonite par perforation du pyosalpinx, et, dans le cas du cancer, la migration et l'ensemencement des cellules cancéreuses par le trajet de la ponction. »

2° *L'hystéro-salpingographie.* — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes par injection intra-utéro-tubaire de lipiodol. Elle précise l'état exact de la lumière des trompes de Fallope. Elle montre si la perméabilité est normale ou si elle est diminuée. Elle révèle s'il existe une obturation au niveau de la corne ou au niveau du pavillon de la trompe. Bien que nous n'ayons pas trouvé dans la littérature de cas où le diagnostic de cancer tubaire a été fait grâce à la salpingographie, il ne nous paraît pas impossible qu'on arrive à déceler un cancer tubaire à l'occasion de la recherche de la perméabilité tubaire.

3° *Le curetage explorateur.* — Dans certains cas, pour éliminer une lésion utérine, on a recours au curetage. On peut, par exemple, penser à l'existence d'un cancer du corps et faire un curetage explorateur, comme dans notre observation I. M. le Professeur Jeanneney insiste sur l'inutilité de ces curetages. S'ils sont négatifs — ce qui est la règle pour l'épithélioma tubaire — ils donnent une fausse sécurité, car la lésion utérine que l'on soupçonnait de par sa fréquence est écartée; et cependant la lésion évolue. Il faut, en cas de doute, faire une laparotomie exploratrice.

TRAITEMENT

Tous les auteurs sont d'accord pour dire : « une intervention énergique précoce s'impose ». Il faut opérer avant la production des métastases.

Mais que faut-il enlever ?

L'ablation seule de la trompe malade a été régulièrement suivie de récidives utérines ou du côté opposé (Novy, Fabricus).

Beaucoup restent partisans de l'hystérectomie subtotale et y joignent l'évidement du col (Le Balle et Patay). Ayant trouvé un utérus normal, M. le Professeur Jeanneney a fait, dans notre premier cas, une hystérectomie subtotale.

Cependant, l'hystérectomie totale paraît plus logique à Jean Leuret. Lecène, en 1909; Fonyo, en 1913, lui reconnaissent de sérieux avantages, en particulier celui de supprimer le risque de récidives interstitielles sur le col restant, avantage d'ailleurs bien théorique.

D'autres enfin préconisent des interventions élargies. Fonyo et Stolz pratiquèrent l'ablation des ganglions sous-péritonéaux. Doderlein et Kronig conseillent de pratiquer l'hystérectomie élargie de Wertheim, c'est-à-dire l'extirpation des deux ovaires, des trompes, de l'utérus et de la plus grande partie du ligament large, suivie de la résection du paramètre et de l'appareil lymphatique attenant. Jean Leuret se range à l'avis de Nurnberger, qui considère cette intervention comme bien souvent trop large et conseille « l'hystérectomie totale avec résection du péritoine pelvien et extirpation des ganglions perceptibles ».

Si la tumeur est adhérente, il sera parfois plus facile de l'aborder de bas en haut, en utilisant la décollation anté-

rieure, ou le procédé de Kelly-Segond. L'opération peut être complétée par le drainage vaginal avec cloisonnement du bassin.

Enfin, « lorsque l'adénopathie siège au niveau des ganglions préaortiques, la question de leur ablation doit se poser, mais l'acte opératoire devient de ce fait plus compliqué, beaucoup plus grave, et l'on peut se demander si leur ablation est susceptible d'arrêter le processus cancéreux. Si, au contraire, l'adénopathie n'est perceptible qu'au voisinage de la bifurcation des vaisseaux iliaques primitifs, dans cette zone qui est nettement accessible après ouverture du ligament large, il faut l'extirper, comme dans le cas de cancer utérin ».

RÉSULTATS. — Les résultats opératoires ne sont pas toujours favorables, car l'intervention est souvent trop tardive; et ils apparaissent d'autant meilleurs que l'intervention fut précoce. Les récidives sont souvent signalées dans les six premiers mois et siègent au niveau de la vessie, de l'intestin, de l'épiploon et du foie. Notre première malade a fait une récidive six mois après l'intervention.

Traitement radio-actif.

La curiethérapie intra-utérine et vaginale sera toujours insuffisante et ne peut atteindre les limites de la lésion : « Il faut une irradiation large, aussi large et même plus large que l'intervention. » (Prof. Wangérméz.)

La méthode a été appliquée pour la première fois par Wanner et Teutschlander en 1913, qui avaient employé un traitement au mésothorium, après annexectomie, et obtenu la guérison de leur malade. Thaler, en 1920, signale le cas d'une malade traitée par le radium (50 milligrammes éléments de radium dans la plaie opératoire pendant 23 heures; même quantité pendant 6 heures dans le cul-de-sac vaginal 2 mois après) qu'il a revue deux ans après l'intervention en parfaite santé.

« *La roëntgenthérapie* sera pénétrante (rayons suffisamment filtrés, voltage minimum 180 à 200 kV., surtout grande distance d'irradiation permettant d'améliorer le taux de transmission en profondeur). Il faut irradier largement; repérer les lésions et irradier en localisant serait une intervention illogique (identique à une exérèse chirurgicale localisée). Les résultats ont été jusqu'à présent assez médiocres. Il faut dire que les traitements n'ont pas été souvent dirigés suivant les principes précédents. » (Prof. Wangermez.)

Après hystérectomie large, l'irradiation postopératoire semble avoir quelque peu amélioré les résultats chirurgicaux. La roëntgenthérapie postopératoire a été également utilisée avec succès par Brestchneider, en 1921, et Shafer, en 1923. En 1934, Tonneau a vu, dans le cas d'une malade très affaiblie, la radiothérapie profonde amener une très nette amélioration de l'état général et permettre ainsi l'ablation chirurgicale de la tumeur. D'autres cas ont été moins heureux (mort malgré l'irradiation pour la malade de Douay). Held pense même que les récidives ne sont pas enrayées par l'emploi des rayons X.

Quoi qu'il en soit, il est évidemment difficile de porter sur ces procédés encore trop récents une appréciation définitive. Il paraît cependant très logique de les utiliser comme adjuvants de l'acte chirurgical pratiqué, mais c'est surtout sur la précocité de cet acte chirurgical que l'on doit compter pour améliorer les résultats des hystérectomies pour épithélioma primitif de la trompe.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Prof. JEANNENEY et M. SOUBIRAN,

Journal de médecine de Bordeaux, 9 juill. 1938.)

Mme L..., 60 ans, femme de chambre, vient consulter parce qu'elle se plaint de douleurs permanentes dans le bas ventre depuis un mois. Ces douleurs, peu intenses, à type de piqûres d'épingles, présentent des paroxysmes avec irradiations vers la fosse iliaque gauche et la région lombaire.

Depuis le début de ces douleurs, cette malade présente également un état pathologique digestif constitué par des alternatives de diarrhée et de constipation. Ces périodes de diarrhée, qui durent plusieurs jours, obligent la malade à aller à selle une dizaine de fois par jour.

Antécédents. — Cette malade présente des antécédents pathologiques assez importants.

Réglée à 17 ans, mariée à 23 ans, elle a eu une fille, qui est actuellement vivante et bien portante, et elle a fait une fausse couche de 7 mois. Les règles étaient irrégulières, présentant des retards fréquents, mais n'étaient pas douloureuses.

Elle a été ménopausée à 40 ans, et cette période a été marquée par deux hémorragies importantes.

Il y a deux ans, c'est-à-dire à l'âge de 58 ans, cette malade a été soignée à l'hôpital André-Boursier pour des pertes roussâtres mêlées de sang. Dans une première intervention, il lui a été enlevé un polype, dont voici l'examen anatomo-pathologique pratiqué par Mlle Dubreuilh :

« Production inflammatoire avec dilatations glandulaires. Infec-

tion chronique, tissu œdémateux, hémorragies. Bref, c'est un état réactionnel hyperplasique pseudo-tumoral. » Un mois plus tard, intervention pour une tumeur annexielle du côté droit enlevée par laparotomie médiane (Prof. Jeanneney). Il s'agit d'une tumeur végétante de la trompe, dont l'examen anatomo-pathologique est le suivant :

« Tumeur végétante ayant le volume d'une grosse bille à jouer, très vascularisée dans son stroma, limitée par la paroi tubaire, qui ne paraît pas être dépassée. Les cellules épithéliales sont devenues plates par pression réciproque, effilées même. L'ovaire ne présente rien de particulier. » (Mlle Dubreuilh.)

Examen. — A son arrivée à Tastet, le 6 février 1938, on constate que cette malade présente un ventre ballonné, mais souple. La palpation de l'hypogastre et de la fosse iliaque gauche est douloureuse.

Toucher vaginal. — Utérus mobile de volume normal. Col légèrement repoussé du côté droit.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une masse difficile à délimiter.

Intervention (17 février) (Prof. Jeanneney). — Laparotomie médiane sous-ombilicale et excision de la première cicatrice. On trouve un utérus restant normal; par contre, du côté gauche, existe au niveau de la trompe une tumeur indépendante de l'ovaire et collée au côlon sigmoïde. On enlève la tumeur, on la sépare de l'intestin et on fait une hystérectomie subtotal. Suites excellentes, la malade sort de l'hôpital le 7 mars.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur a été examinée dans le laboratoire de M. le Professeur Damade par le Professeur agrégé de Grailly, qui remet le compte rendu suivant :

« Épithélioma végétant de la trompe en certains points pluri-stratifié, présentant ailleurs un aspect plus compact trabéculaire. Nombreuses mitoses et inégalités nucléaires. Cet épithélioma est assez différencié, ce qui indique par conséquent qu'il pourrait avoir une certaine radiosensibilité. »

En résumé, il s'agit d'une malade qui a présenté d'abord une tumeur bénigne de la trompe droite, et, deux ans plus tard, un épithélioma végétant de la trompe gauche.

Suites opératoires. — Cette malade a récidivé très rapidement, ce qui a occasionné un nouveau séjour à l'hôpital au mois de septembre, c'est-à-dire six mois après l'intervention. Elle a présenté alors des troubles digestifs et des douleurs dorso-lombaires qui marquaient l'atteinte du côlon.

La malade, revue le 23 janvier 1939, est considérablement affaiblie. Elle ne mange plus, elle a maigri, et, depuis quelques jours, son ventre se ballonne progressivement.

OBSERVATION II.

Service de M. le Professeur GUYOT.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé MASSÉ.)

Mme P... (Marie), 53 ans.

La malade rentre d'elle-même après être venue à la consultation le 7 octobre 1938.

Histoire. — Cette malade, ménopausée à 38 ans (il y a 15 ans), a commencé à perdre, il y a un an, presque continuellement pendant trois à quatre mois, puis sans arrêt jour et nuit.

C'est un mélange de pertes blanches et de sang vermeil au début, noirâtre ensuite, avec quelques débris, aux dires de la malade.

En même temps que ces pertes ont commencé des douleurs, plutôt des sensations de pesanteur dans tout le bas-ventre, surtout à droite, avec irradiation vers la face interne des cuisses et la région lombaire.

Ces troubles génitaux sont accompagnés d'une profonde asthénie.

En effet, un an et demi avant le début de ces pertes sanglantes, la malade commence à se sentir très fatiguée. A partir de ce moment-là, elle maigrit de 30 kilos en un an, puis reprend un peu. Actuellement, son poids est de 20 kilos de moins que celui

du début de la maladie (57 au lieu de 77). Pendant tout ce temps, l'appétit de la malade est conservé, ainsi qu'un excellent état digestif.

Antécédents personnels. — Jusqu'à sa ménopause, règles toujours régulières, peu abondantes, durant trois jours, très douloureuses (lit).

Un enfant bien portant. Une fausse couche.

Un ulcère variqueux durant depuis sept mois sur la face interne du tiers inférieur de la jambe droite — ulcère consécutif à un traumatisme.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen :

a) *Appareil digestif* : rien à signaler.

b) *Appareil urinaire* : rien à signaler.

c) *Appareil respiratoire* : rien à signaler.

d) *Appareil circulatoire* :

Tension artérielle : Mx, 15; Mn, 7; Io, 3.

Sang :

Urée, 0 g. 20;

B.-W. et Meinicke négatifs.

e) *Toucher vaginal* :

— Col normal.

— Corps augmenté de volume, un peu rétrofléchi. Pôle supérieur remontant à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de la symphise.

— Cul-de-sac gauche normal.

— Cul-de-sac droit douloureux.

— Dans le cul-de-sac postérieur, on a l'impression de sentir une masse indélimitable, mais douloureuse.

— La mobilisation est possible, un peu douloureuse, ne révélant pas de douleur dans la fosse iliaque gauche, mais la fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation. On y sent d'ailleurs, dans la profondeur, une masse oblongue, qui semble être l'annexe droite augmentée de volume.

Opération (15 octobre 1938) (Prof. agrégé Massé). — On trouve à droite un premier kyste ovarien, et, dans le fond, un prolongement gros comme une poire, qui plonge dans le Douglas et secondairement inclus. On arrive cependant assez facilement à obtenir une pédiculisation de toute la masse, et l'on fait une kystérectomie à l'ordinaire.

Examen cyto bactériologique du liquide retiré. — Le liquide est constitué par des hématies, et surtout des polynucléaires en voie de cytolyse. On ne trouve pas de germes.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par une paroi fibreuse revêtue sur une de ses faces par de nombreuses végétations. Ces végétations sont formées par un axe conjonctif supportant plusieurs assises de cellules irrégulières inégales, généralement très hautes. Ces végétations sont intriquées les unes dans les autres. Il s'agit d'un épithélioma cylindrique végétant de la trompe (Mlle Dubreuilh).

Suites opératoires. — La malade, revue le 23 janvier 1939, soit trois mois après l'opération, présente un bon état général. Elle accuse de temps à autre quelques douleurs à droite, mais ces douleurs disparaissent très rapidement. Il semble que, actuellement du moins, il n'y ait aucun indice de récurrence ou de métastase, mais il est encore bien difficile de dire quel sera le résultat éloigné de l'intervention pratiquée.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma primitif de la trompe est une affection rare, surtout si on compare sa fréquence à celle des cancers génitaux chez la femme. 400 cas environ ont été publiés jusqu'à ce jour.

II. — Ce néoplasme survient le plus souvent chez des femmes âgées de 40 à 60 ans et suit dans 60 p. 100 des cas la ménopause après un temps variable (quelques mois ou quelques années). Bien souvent, on ne peut relever dans les antécédents des malades aucune notion d'affection gynécologique antérieure. Cependant, dans certains cas, l'inflammation chronique, les tumeurs bénignes préalables, paraissent jouer un rôle dans l'étiologie.

III. — Au point de vue macroscopique, ces épithéliomas se présentent sous trois formes :

- a) *Type papillaire*, en chou-fleur pédiculisé;
- b) *Type encéphaloïde*, en masses tumorales molles et friables;
- c) *Type squirrheux*.

La tumeur est bilatérale dans 40 p. 100 des cas.

Au point de vue histologique, on peut distinguer, avec Cornil et Mosinger :

1° *des épithéliomas orthoplasiques*, se développant aux dépens de l'épithélium tubaire normal;

2° *des épithéliomas métaplasiques*, développés aux dépens d'une endométriose ou d'îlots mucoïdes préexistants;

3° *des épithéliomas dysembryoplasiques*, développés aux dépens de débris wolffiens intrapariétaux.

L'épithélioma tubaire évolue en deux stades : l'un, intra-tubaire; l'autre, extratubaire; le premier seul présente les conditions les meilleures d'opérabilité.

IV. — Les signes cliniques, peu caractéristiques, ne permettent qu'exceptionnellement de faire le diagnostic avant l'intervention.

Cependant, le diagnostic devrait être fait lorsqu'on rencontre le trépied symptomatique suivant chez une femme de 40 à 60 ans :

- tumeur fixée augmentant de volume;
- douleurs gravatives;
- leucorrhée séro-sanguinolente expulsée sous forme de vomique salpingienne.

V. — La malignité de l'épithélioma tubaire est très grande en raison du diagnostic tardif et des métastases à distance très fréquentes.

VI. — A moins de cas particuliers, il semble que le traitement employé doit toujours être l'hystérectomie, avec évidemment du ligament large et extirpation des ganglions perceptibles. Cette intervention sera suivie d'application de radiothérapie profonde.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu · Le Doyen,
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
JEANNENEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 31 janvier. 1939.
Le Recteur de l'Académie,
G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDUZE-ACHER. — Thèse Toulouse, 1944.
- AUSPACH et HOFFMANN. — Primary carcinoma, with report of 2 cases. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, sept. 1931.
- BARROWS. — Three cases of primary cancer. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juin 1927.
- BIAR. — L'épithélioma primitif des oviductes. Thèse Paris, 1924.
- BOUQUET, MONTPELLIER, CHIAPPONI. — Un cas d'épithélioma primitif. *Bull. de la Soc. d'obs. et de gyn.*, févr. 1933.
- CORNIL et MOSINGER. — Sur une classification histogénétique des épithéliomas tubaires. *Gynécologie et Obstétrique*, 1933.
- COTTE. — Un cas d'épithélioma primitif de la trompe. *Lyon chirurgical*, mars 1932.
- DANEL. — Tumeurs malignes primitives des trompes. Thèse Paris, 1899.
- DANNREUTHER. — Primary carcinoma. *Am. Journal of Obst. and Gyn.*, nov. 1935.
- DORAN. — *Journ. of Obst. and Gyn. of the British Empire*, 1910.
- DUBOUCHER, MONTPELLIER, LEFRANC. — Epithélioma primitif. *Bull. de la Soc. d'obs. et de gyn.*, mars 1932.
- DURAN. — Thèse Bordeaux, 1928.
- ECKARDT. — *Arch. für Gynäkologie*, 1923.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie.
- FAVREAU. — Thèse Paris, 1923.
- GRANDCLAUDE et RAZEMON. — Un cas d'épithélioma primitif. *Ann. d'anatomo-path.*, avril 1933.
- GUILLEMIN et MORLOT. — *Gynécologie et obstétrique*, 1923.
- GUILLEMIN. — Epithélioma primitif de la trompe. *Bull. de la Soc. d'obs. et gyn.*, juill. 1933.

- GUPTA. — Primary papillary carcinoma. *Journ. of Obst. and Gyn. of British Empire*, 1931.
- JEANNENEY et SOUBIRAN. — Sur un cas d'épithélioma de la trompe de Fallope. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 juill. 1938.
- HELD. — Un cas de cancer primitif. *Gynécologie et Obstétrique*, nov. 1935.
- KAHN et MORRIS. — Primary carcinoma. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, 1932.
- KEHRER. — *Monatsh fur Geburtskund Gyn*, 1908.
- KREKELER. — Aspect clinique et pathologique du carcinome. *Arch. fur. Gyn.*, 1932.
- LANOS. — Un cas d'épithélioma primitif. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, févr. 1933.
- LE BALLE et PATAY. — Cancer primitif. *Gynécologie et Obstétrique*, 1929.
- LECÈNE. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, juill. 1909.
- LEURET (A.) et LEROUX. — *Bull. de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer*, 1922.
- LEURET (J.). — Epithéliomas simultanés de l'utérus et des deux trompes. *Ann. d'anatomo-path.*, févr. 1936.
- Epithéliomas primitifs. *Gaz. méd. de France*, mars 1937.
- MACREZ. — Thèse Paris, 1899.
- MAC GLINN et HARER. — Prim carcinoma. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, sept. 1933.
- MATHEY-CORNAT. — Radiothérapie gynécologique. Masson, édit., 1936.
- MENGE OPITZ. — *Handbuch der Frauenheilk*, 1914.
- NORRIS. — *Surgery Gynecology Obstetrics*, 1909.
- NURNBERGER. — Die Goeschwülste der Eileiter in Veit. *Stoeckel Handbuch der Gyn.*, 1932.
- OLIVIER et MARTIN. — *Lyon médical*, 1921.
- QUÉNU et LONGUET. — Tumeurs de la trompe. *Revue de chirurgie*, 1904.
- RABINOVITCH et HORTON. — Primary carcinoma with report of 3 cases. *Am. Journ. of Obst. and Gyn.*, juill. 1936.
- ROBINSON. — Primary carcinoma with report of 3 cases. *Am. Journ. of obst. and gyn.*, juill. 1936.

- ROKITANSKY. — *Lerhb der Path. Anat.* Wien, 1861.
- ROUTIER. — *Société de chirurgie*, 1892.
- SAENGER et BARTH. — *Martin's Handbuch der Krankheiten der weib. Adnex organe*, 1893.
- SOUBEIRAN. — Un cas de cancer plein. *La gynécologie*, sept. 1931.
- SYDNEY SMITH. — Primary carcinoma with report of 2 cases.
- TONNEAU. — Un cas d'épithélioma. *Bruxelles médical*, juin 1934.
- VOINOT. — L'épithélium de la trompe de Fallope chez la femme. Thèse Nancy, 1900.
- VON ROSTHORN. — *Zeitschrift für Heik*, 1896.
- ZWEIFEL (Erwin). — *Ergebnisse der chirurgie und orthopadie*, 1927.

